

CAUSAS DE ABANDONO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NO VALE DO MAMANGUAPE-PB

*Fabiano Mendes de Menezes¹²
Rosa Rita da C. Marques¹³*

RESUMO

O estudo teve como objetivos traçar o perfil dos clientes e investigar os fatores que contribuíram para o abandono ao tratamento da tuberculose. Realizado no Programa de Controle da Tuberculose na cidade de Mamanguape-PB. Quanto ao perfil dos pesquisados, encontramos mais homens (77,8%) do que mulheres (22,2%) e mais pessoas na faixa etária acima de 40 anos (66,6%), apontam também analfabetos (77,8%), desempregados (33,3%), aposentados (22,2%) e com baixo poder aquisitivo até um salário mínimo (44,4%). Com relação às causas de abandono do tratamento, observamos existir vários motivos, como: a ilusão de estar curado, efeitos colaterais, esquecimento, alcoolismo e trabalho integral. Verificamos, também, que 100% dos entrevistados não sabiam de nada sobre o que era e como se transmite a tuberculose.

Palavras-Chave: Tuberculose. Causas de abandono. Tratamento da tuberculose.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é um problema de saúde pública internacional. A sua mortalidade e a morbidade continuam a crescer. Esse flagelo milenar está intimamente ligado à miséria, à desnutrição, à superpopulação, às condições de moradia e ao cuidado inadequado de saúde.

O conhecimento da dinâmica dessa doença tem como marco a identificação do bacilo *M. tuberculosis* por Robert. Koch, em 1882. No passado, a doença foi disseminada pelos fluxos migratórios ou em decorrência das guerras e da colonização das novas terras descobertas a partir do século XV (BRASIL, 1999).

Embora identificada há milhares de anos, a tuberculose apenas passou a tornar-se uma epidemia no século XIX, na Europa, com a Revolução Industrial. Por causa das aglomerações urbanas, promiscuidade e precárias condições de habitação e higiene, a transmissão inter - humana do bacilo tornou-se mais freqüente e fácil. A partir dessa época, a

¹² Enfermeiro formado pela Universidade Federal da Paraíba.

¹³ Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração CCS/UFPB. Orientadora.

tuberculose tornou-se uma importância médico-social e alcançou preocupações desmedidas, vindo assim a justificar a instalação de sanatórios para a internação exclusiva das vítimas da doença e a criação de uma especialidade dedicada ao seu estudo, a Tisiologia (FREIRE, 1991).

Bolsões de pobreza nas cidades mais populares constituem terreno fértil para a disseminação da tuberculose. Por um lado, a pobreza por si só contribui decisivamente para a manutenção de um quadro geral propício ao avanço da doença. Por outro lado, a emergência da AIDS e a desinformação vigente sobre nutrição, promoção da saúde e prática de vida saudável completam os requisitos para a escala do problema (BRASIL, 1999).

A tuberculose está incluída entre os temas da atualidade mundial em saúde pública em virtude da grande preocupação com o aumento da incidência de casos. Mesmo dispondo de instrumentos para combatê-la, milhões de pessoas morrem, enquanto novos casos altamente contagiosos se manifestam a cada ano, atingindo todos os países, sejam eles ricos, pobres ou em desenvolvimento.

Com o surgimento da AIDS, em 1981, vem-se observando, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, um crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo HIV. A associação (HIV/TB) vem modificando o perfil epidemiológico de tuberculose, e constitui nos dias atuais um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose em muitos países.

Segundo Nascimento et al. (1999), a tuberculose está se tornando uma ameaça global, representada pelo aumento dos números de casos, podendo transformar-se em catástrofe mundial, pois está se espalhando como forma de pandemia, fazendo com que a tentativa de “erradicação” da doença tornar-se cada vez mais distante da realidade.

A tuberculose, atualmente, volta a despertar interesse da comunidade científica, nos profissionais de saúde e população em geral. A Organização Mundial de Saúde - OMS declarou a tuberculose, em abril de 1993, em estado de urgência, alertando o mundo da necessidade de controlá-la (WHO, 1993 apud CALDAS; QUEIROZ, 2000).

Segundo o prognóstico da Organização Mundial de Saúde - OMS, no período de 1994-2004 terão morrido, na população mundial, 30 milhões de pessoas com tuberculose (BRASIL, 1999).

No Brasil, estima-se a ocorrência de 80.000 novos casos por ano, com 4 a 5 mil óbitos anuais. Ocorre, com maior frequência, em áreas de grande concentração populacional de precárias condições sócio - econômicas e sanitárias (BRASIL, 1998).

Na Paraíba, no período de 1990 a 1995, à Secretaria de Saúde do Estado (1998), notificou 8.607 casos de Tuberculose. Desses 7.439 (86,43%) são pulmonar e 1168 (13,57%) extrapulmonar.

O abandono do tratamento pelos pacientes acometidos por tuberculose está sendo uma grande preocupação para as autoridades do Brasil e do mundo. É através dessa evasão que o bacilo da tuberculose vem disseminando-se, aumentando a quantidade de pessoas infectadas e doentes. Esse abandono leva também ao fortalecimento do bacilo, que irá ficar mais resistente, podendo chegar a desencadear uma nova onda de tuberculose virtualmente incurável em todo o mundo, a Tuberculose Multidroga Resistente (TB-MDR) e como consequência direta o aumento do custo do tratamento.

O bacilo vem sofrendo mutações para formas mais resistentes, que demandam longo período de tratamento e complicam o controle da doença, nessa linha já surgiu o bacilo a múltiplas drogas, o qual não responde às terapias convencionais e, mesmo com o uso de medicação especial, apresenta alta letalidade (BRASIL, 1999).

Um terço dos países pesquisados tinham níveis de Tuberculose Multidroga Resistente (TB-MDR), em torno de 2 e 14% de todos os casos. Isto significa dizer, que, através de um recente relatório liberado pelas agências internacionais de saúde, confirmam a existência de “zonas vermelhas” que estão emergindo em volta ao mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISILOGIA, 2000).

No Vale do Mamanguape-PB, há uma quantidade expressiva de abandonos de tratamento, o que eleva a incidência e a reincidência de casos. Nos anos de 1998 e 1999 ocorreu um índice de 20,27% de abandono, esse resultado gerou preocupação, pois está acima do que condiz com a realidade descrita pelo Ministério da Saúde (1998), segundo o qual, a cura dos doentes diagnosticados é de 85% e o índice de abandono é de 15%.

Tendo em vista o abandono ao tratamento da tuberculose ser ainda um problema complexo e para esclarecer os motivos de tantos abandonos surgiu o interesse em realizar esta pesquisa no Vale do Mamanguape-PB, visando ao alcance dos seguintes objetivos: 1) traçar um perfil epidemiológico dos clientes que abandonaram o tratamento da

tuberculose; b) investigar os fatores que contribuíram para o abandono do tratamento da tuberculose.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, de natureza descritiva, pois possibilitará o pesquisador aumentar sua experiência em torno dos problemas levantados. Para GIL (1994), a pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para que em futuro próximo, outros, venham a questionar e aprimorar os estudos.

A pesquisa foi realizada no Programa de Controle da Tuberculose do Centro de Saúde do PAM, situado no Vale do Mamanguape-PB. O referido Centro de Saúde pertence à rede pública estadual e fica localizado no centro da cidade de Mamanguape-PB e oferecem vários serviços à comunidade, além do Programa de Controle da Tuberculose e da Raiva Humana e outros, como: imunização, curativos, retiradas de pontos, administração de medicação e nebulização.

Os participantes da pesquisa foram constituídos pelos portadores de tuberculose que abandonaram o tratamento nos anos de 1998 e 1999. Do universo de 74 (setenta e quatro) casos de tuberculose atendidos no serviço, foram registrados 11 (onze) casos de abandono, dos quais 2 (dois) clientes não foram localizados, ficando assim a amostra para este estudo, constituída por 9 (nove) clientes.

Nesta pesquisa, foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas referentes à caracterização sócio-demográfica da amostra, dados relacionados ao abandono do tratamento e hábitos relacionados à saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro/2000 a janeiro/2001, sendo desenvolvida em dois momentos. O primeiro constituiu de um contato com os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), para localização dos endereços dos portadores de tuberculose selecionados para a pesquisa.

O segundo momento consistiu da visita domiciliar para entrevista com cada paciente, que teve uma duração média de 30 minutos, antes da entrevista o cliente era informado sobre os objetivos, a importância de sua participação e as questões éticas do trabalho e, seguido-se a apresentação do termo de consentimento, que foi assinado pelo entrevistado e entrevistador.

Os dados obtidos foram analisados com base em um enfoque nos métodos quantitativo e qualitativo e discutido à luz da literatura pertinente.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo envolve a apresentação e discussão dos resultados a partir das questões norteadoras: 1) caracterização sócio-demográfica da amostra; 2) dados relacionados ao abandono do tratamento; 3) hábitos relacionados à saúde.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Para a caracterização sócio-demográfica da amostra, foram utilizadas as seguintes variáveis: dados de identificação e condições de moradia.

Com relação ao sexo, observou-se que o sexo masculino apresentou maior percentual (77,8%) em relação ao feminino (22,2%). Estes dados confirmam as informações obtidas através do Ministério da Saúde (Brito *et al.*, 1999), que revelam maior incidência de tuberculose no sexo masculino, tanto nos casos diagnosticados como nos casos de abandono.

Com relação à idade, a que mais prevaleceu foi a acima de 40 anos com total de 66,6% enquanto os de idade inferior a 25 anos com 33,3%. Esses dados confirmam a realidade demonstrada pelo Ministério da Saúde (Brito *et al.*, 1999), que o índice de abandono está acima da faixa etária de 40 anos.

Com relação ao grau de instrução, detectou-se um índice elevado de analfabetos que não frequentaram a escola e alfabetizados que não conseguiram terminar o ensino fundamental com 77,8% e 22,2%, respectivamente. Em relação ao estado civil, houve um maior abandono entre os solteiros com 66,6%, os casados com 22,2% e os separados responsáveis por 11,1% dos casos. Na análise da profissão dos pacientes que abandonaram o

tratamento, detectou-se um aumento no número de aposentados e desempregados perfazendo um total de 55,5%. Com relação à renda familiar dos entrevistados, observou-se que 66,6% estão na faixa de um salário mínimo e sem renda, sendo 44,5% e 22,2% respectivamente.

Com relação às condições de moradia, verificou-se que a grande maioria da população estudada (88,9%) está beneficiada com água encanada e a minoria (11,2%) com água de cacimba. Com relação à eletricidade, todos (100%) os entrevistados são favorecidos com energia elétrica. Quanto à instalação sanitária, 88,9% dos entrevistados dispõem de fossa e 11,2% os dejetos são jogados a céu aberto. No que se refere ao destino do lixo, a minoria (44,4%) dispõe da coleta adequada do lixo, enquanto a grande maioria (55,5%) não a tem, dispondo do método da queimada ou de jogar o lixo a céu aberto. Com relação à natureza de moradia, 77,8% possuem casa própria e 22,2% pagam aluguel e moram em casa cedida.

Os dados sócio-demográficos da amostra confirmam a realidade epidemiológica levantada em diversos países pela OPAS em 1983, em que se constatou que a tuberculose pulmonar tem maior prevalência nas camadas populacionais mais pobres e que esta prevalência está associada ao desemprego, baixo grau de escolaridade, habitação insalubre e a outros fatores associados à pobreza (ROUQUAYROL, 1994).

Por ser o Brasil um país onde ainda ocorre agravamento da situação sócio-econômico e cultural de grandes proporções, a falta de saneamento básico, desemprego, analfabetismo, está longe de obter um controle efetivo dos casos de tuberculose. Rouquayrol (1994), tratando do tema, opina que (...) “é de conhecimento comum, atualmente, que a tuberculose é uma doença eminentemente social e que, indiscutivelmente, a melhor prevenção reside nas ações que busquem erradicar a miséria e corrigir o desnível econômico a que está submetida à classe trabalhadora”.

3.2 DADOS RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO

Os dados relacionados ao abandono do tratamento surgiram a partir das questões norteadoras: o que sabe sobre a tuberculose, como se transmite, como descobriu que estava doente, ao iniciar o tratamento recebeu alguma informação sobre o mesmo e quais as causas que levaram a abandonar o tratamento.

Com relação à opinião dos entrevistados sobre o que é tuberculose e como se transmite, verificou-se que 100% (9) dos entrevistados não sabiam nada sobre o assunto. Isso ficou constatado tanto por comunicação verbal como por expressão em seus olhares,

demonstrando um certo medo que o entrevistador os indagasse acerca do assunto e eles por ignorância não soubessem responder. Por isto, enfatizamos a importância de uma abordagem mais precisa junto à clientela, a fim de possibilitar uma visão mais ampla sobre a tuberculose e suas complicações.

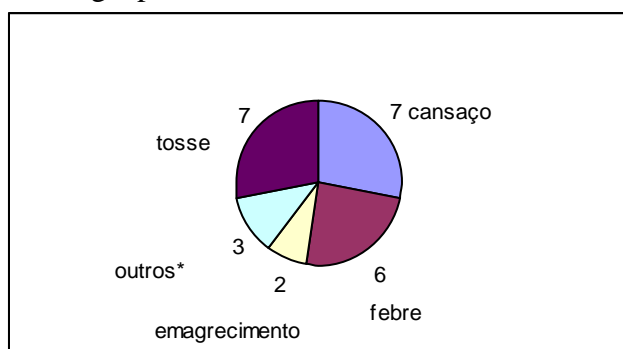
Referente às causas de abandono do tratamento estar a ilusão de estar curado com 33,3%, efeitos colaterais com 22,2% e outros como esquecimento, álcool e trabalho integral com 44,4%. Esses dados confirmam as informações obtidas através do BRASIL, MS (1998), que uma das grandes causas de abandono de tratamento da tuberculose está a percepção errônea de cura, pelo desaparecimento das manifestações clínicas, logo no início do tratamento.

Constatou-se um número elevado de pessoas que não receberam informações sobre a doença (44,5%), enquanto aqueles que receberam (55,5%) não tiveram informações completas, fracionando-as em dose/horário da medicação, tempo de tratamento, separação de utensílios domésticos, repouso e o que é a doença.

Através desta pesquisa conseguimos detectar os sinais e sintomas mais frequentes entre os entrevistados, em que tosse e cansaço foram referidos 07 (sete) vezes, febre 06 (seis) e emagrecimento 02 (duas) vezes, conforme mostra a figura 1.

Com relação aos sinais e sintomas, foi possível constatar que a tuberculose por ser uma doença infecciosa crônica causada pelo bacilo *M. tuberculosis* que normalmente afeta os pulmões (90%), com a progressão da doença, o paciente desenvolve crescentes sintomas pulmonares, incluindo tosse seca ou produtiva, dor à expansão torácica, febre vespertina, sudorese e comprometimento do estado geral, mal-estar, inapetência, anorexia, perda de peso e emagrecimento.

Gráfico 1 – Sinais e sintomas mais comuns entre pacientes que abandonaram o tratamento. Vale do Mamanguape, PB. 2001.



(*) Tontura, anorexia e dores nas costas.

Fonte: Dados coletados da pesquisa. Outubro 2000 a janeiro 2001.

Fazendo uma análise entre a última visita do paciente ao Posto de Saúde, conforme mostra a Tabela 1, identificamos que 44,5% dos pacientes abandonaram o tratamento mais de uma vez. Isto demonstra a grande evasão destes pacientes que pelos vários motivos já citados abandonaram o tratamento, o que condiz com a realidade descrita por RUFINO-NETO & SOUZA (1999), “nestes 20 anos, observa-se que o percentual de abandono do tratamento manteve-se sempre em níveis elevados, mais ou menos estáveis, ao redor de 14%. Vale ressaltar que isto é uma média nacional, em que estes valores variam muito atingindo valores da ordem de 30, 40% de um local para outro”.

Tabela 1 – Número de abandono ao tratamento da tuberculose. Vale do Mamanguape/ PB - 2001.

NÚMERO DE ABANDONO				
	1ª vez		2ª vez	
Tempo	f	%	f	%
1 ano	04	44,4	02	22,2
2 anos	01	11,1	02	22,2
TOTAL	05	55,5	04	44,4

Fonte: Dados coletados da pesquisa. Outubro 2000 a janeiro 2001.

3.3 HÁBITOS RELACIONADOS À SAÚDE

Os hábitos relacionados à saúde foram definidos a partir dos vícios, uso de medicamentos e automedicação, conforme mostra a tabela 2.

Entre os hábitos relacionados à saúde, foram detectados alcoolismo e tabagismo, totalizando 55,5% (05), sendo que, 33,3% (3) consumiam álcool e fumo e 22,2% (2) apenas fumo. Segundo o BRASIL, MS (1990), tem sido demonstrado que o abuso crônico

de álcool pode causar alterações no organismo, acarretando um risco maior de infecções. Por isso, ao iniciar o tratamento, o paciente deve receber orientações sobre a incompatibilidade entre medicação e alcoolismo e / ou tabagismo (BRITO *et al.*, 1999).

Tabela 2 – Hábitos relacionados à saúde - Vale do Mamanguape/ PB – 2001.

Vícios	Nº	%
Total	9	100,0
<i>Álcool / fumo</i>	3	33,3
Fumo	2	22,2
	4	44,5
Outros*		

(*) Automedicação

Fonte: Dados coletados da pesquisa. Outubro 2000 a janeiro 2001.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivos traçar o perfil dos clientes e investigar os fatores que contribuíram para o abandono ao tratamento da tuberculose.

Do universo de 74 (setenta e quatro) casos de tuberculose atendidos no serviço, destes foram registrados 11 (onze) casos de abandonos, destes só foram localizados 9 clientes, isto reforça a necessidade do serviço priorizar a busca desses pacientes em atraso de maneira mais efetiva.

Acreditamos que, para reduzir o número de abandono através da melhoria da assistência à saúde, faz-se necessário um acompanhamento o mais próximo possível do portador e de sua família com o envolvimento dos profissionais e dos serviços, levando-se em considerações as dificuldades geradas pelas desigualdades sociais.

Certas dificuldades enfrentadas pelo programa atual refletem-se, também, no modelo assistencial adotado nos serviços de saúde, onde o modelo operacional desenvolvido é ineficiente e ineficaz. O tratamento auto-administrado e não supervisionado leva o cliente a abandoná-lo e cria cepas mais resistentes aos quimioterápicos, contribuindo para o aumento do número de casos.

Com a adoção da estratégia “Directly observed treatment, short-course” (D.O.T.S) - Tratamento Diretamente Observado – apreçoado pela OMS e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde, certamente será reduzido o percentual de abandono.

Outra alternativa que possibilitaria esta diminuição está na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), onde teríamos um acompanhamento preciso e diário dos pacientes com tuberculose em tratamento pelos agentes de saúde, que treinados iriam contribuir na eficácia do tratamento.

Embora o Ministério da Saúde descreva detalhadamente todos os passos para o diagnóstico, tratamento, controle de comunicantes e estrutura do Programa de Controle da Tuberculose - PCT, fornecendo também os medicamentos, acreditamos que, para atingir as metas do programa, será necessário o envolvimento dos profissionais e dos serviços de saúde, uma vez que a “tuberculose é seguramente evitável. Aprenda, ensine e ajude a curar”.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 18p

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e de controle – guia de bolso**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998. p. 195 – 198.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano nacional de controle a tuberculose**. Brasília: Faculdade Nacional de Saúde, 1999. p. 9-16.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. 1990. p. 7-21.

BRITO, S. S. *et al.* **Perfil epidemiológico do abandono de tuberculose em centro de saúde do município de Fortaleza**. In: DAMASCENO, M. M. C. *et al* Transtornos vitais no fim do século XX: Diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: FCPC, 1999. p. 125 – 134.

CALDAS, A. de J. M.; QUEIROZ, L. S. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luiz – MA. **Nursing: revista técnica de enfermagem**. Saúde Pública. São Paulo, n. 21, p. 13 – 15, fev/2000.

FREIRE, D. N. Tuberculose. 3 ed. *In: AMATO NETO, V.; BALDY, J. L. da S. Doenças transmissíveis.* São Paulo: Saravier, 1991. p.845 - 867

GIL, A. C. **Método e técnica de pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 1994. 204 p.

MEDICINA, Conselho Federal. **Saúde: tuberculose.** Brasília, jan. 2000. n.113, v. 15, p.19.

NASCIMENTO, L. de O. *et al.* Políticas de saúde e tuberculose. *In: DAMASCENO, M. M. C. et al. Transtornos vitais no fim do século XX: Diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase.* Fortaleza: FCPC, 1999 p. 115 – 123.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 253-54.

RUFINO-NETO, A.; SOUZA, A. M. A. F. de. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. *In: Informe epidemiológico do SUS.* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1999. p. 35 - 51.